

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

N° 687

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

BIBAS, Yvan, Léon,

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 27 Juillet 1937, à Saint-Denis du Sig (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

**A PROPOS DE L'EXISTENCE D'UN APPENDICE CAUDAL
CHEZ UN NOUVEAU-NÉ**

Président : Mr. J. MARIE, Professeur

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS VI^e

1964

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

BIBAS, Yvan, Léon,

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 27 Juillet 1937, à Saint-Denis du Sig (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

**A PROPOS DE L'EXISTENCE D'UN APPENDICE CAUDAL
CHEZ UN NOUVEAU-NÉ**

Président : Mr. J. MARIE, Professeur

DUPUYTREN-COPY

9, Rue Dupuytren

PARIS VI^e

1964



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.),
 BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.),
 CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRE (R.),
 FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de),
 GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.),
 LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY-SOLAL
 (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
 MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR
 VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.),
 QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.),
 TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN :..... Gaston CORDIER

1er ASSESSEUR :..... Daniel BARGETON

2me ASSESSEUR :..... Paul CASTAIGNE

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie.....	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.....	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale.....	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J.)

MM.

Chimie pathologique.....	SCHAPIRA (G.)
Embryologie.....	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	JOANNON (P.)
Histologie.....	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive.....	BOYER (J.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale.....	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie).....	FASQUELLE (R.)
Parasitologie.....	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale.....	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique.....	N...
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale.....	LAROCHE (Cl.)
- - -.....	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire.....	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	DEPARIS (M.)
Pharmacologie.....	CHEYMOL (J.)
Physiologie.....	BARGETON (D.)
- - -.....	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric.....	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale.....	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique.....	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée.....	LAMOTTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique.....	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale.....	(DESGREZ (P.)
Biologie médicale.....	(POLONOVSKI (J.)
Pharmacologie.....	BOURLIERE (F.)
Physiologie.....	LEVY (Mlle J.)
Physique médicale.....	DEJOURS (P.)
Radiologie médicale.....	(KELLERSHOHN (L.)
	(GOUGEROT (L.)
	FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale	
(Necker).....	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais).....	SOULIE (P.)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
(Cochin	LEGER (L.)
Cliniques (Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
chirurgicales (Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et	
orthopédique (Enfants-Malades).....	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique	
et traumatologique (Cochin).....	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-	
vasculaire (Broussais).....	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-	
pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale	
(Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et	
syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants	
(Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses	
(Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de	
l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	
(Necker).....	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	
(Broussais).....	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système	
nerveux (Salpêtrière).....	CASTAIGNE (P.)

mm.

	(Broussais.....	MILLIEZ (P.)
	(Broussais.....	LENEGRE (J.)
	(Cochin.....	BROUET (G.)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu.....	BARIETY (M.)
	(Lariboisière.....	SEZE (S. de)
	(Pitié.....	DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine.....	KOURILSKY (R.)
	(Saint-Antoine.....	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climato- logie (Bichat).....		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédi- atrie sociale (Enfants-Malades).....		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais).....		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu).....		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié).....		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière).....		GARCIN (R.)
Cliniques (Baudelocque.....		LACOMME (M.)
obstétricales (Foch (Suresnes).....		MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal).....		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu).....		RENARD (G.)
- - (Cochin).....		OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière).....		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puéri- culture (Saint-Vincent-de-Paul).....		N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec).....		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière).....		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).....		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière).....		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).....		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine).....		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique.....		GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin).....		ABOULKER (P.)

mm.

Clinique chirurgicale orthopédique	
et traumatologique.....	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale.....	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales.....	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopéd.....	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker).....	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première	
enfance (Trousseau).....	N...

b)- Professeurs à titre personnel :

mm.

Hydrologie et climatologie.....	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses.....	BASTIN (R.)
	(AZERAD (E.)
	(BOUR (H.)
	(LAMBLING (A.)
	(LHERMITTE (F.)
Médecine.....	(PEQUIGNOT (H.)
	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie.....	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie.....	KREIS (B.)
Rhumatologie.....	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

mm.

	(CABROL (C.)
	(COUINAUD (C.)
Anatomie.....	(GILLOT (C.)
	(HUREAU (J.)
	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)
	(Pr. s. ch.
	(ABELANET (R.)
	(CHOMETTE (G.)
Anatomie pathologique.....	(GOUYGOU (Ch.), Pr.s.ch.
	(NEZELOFF (Ch.)
	(ORCEL (L.)
	(PAILLAS (J.)

MM.

Anesthésiologie	(N. du BOUCHET (Mme) (KERN (E.) (VOURECH (G.) (BARBIER (P.), Pr.s.ch. (CHRISTOL (D.)
Bactériologie	(DAGUET (G.) (LE MINOR (L.) (TOURNIER (P.) (BAULIEU (Et.), M.conf. (BOURILLON (R.) (CARTIER (P.), Pr.s.ch. (CORNILLON (P.)
Biochimie médicale	(DREYFUS (J.-Cl.) (GONNARD (P.) (JEROME (H.) (KRUH (J.) (LEGRAND (J.-Cl.) (NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.) (BENHAMOU (J.-P.) (BOIVIN (P.)
Biologie médicale	(HARTMANN (L.) (Pr.s.ch. (BOIRON (M.) (DENOIX (P.)
Carcinologie	(MATHE (G.) (SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.) (CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B.)
Dermato-Syphiligraphie	(HEWITT (J.) (TOURAINE (R.) (HEITZ (F.),
Electro-Radiologie	(M. Conf. (LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.) (BESSIS (M.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.)

mm.

	(COUJARD (R.), Pr.s.ch.
	(DA LAGE
Histologie.....	(MAROIS (M.)
	(RACADOT (J.)
	(SCHRAMM (B.)
	(BESANÇON (F.)
Hydrologie.....	(CORNET (A.)
	(BLANCHER (G.)
	(CORRE-HURST (Mme L.)
Hygiène.....	(ROUSSEL (A.)
	(SAPIN-JALOUSTRE (H.)
	(DUPONT (V.)
Maladies infectieuses.....	(LISSAC (J.)
	(RAPIN (M.)
	(ANTOINE (B.)
	(CROSNIER (J.)
Maladies métaboliques.....	(RICHT (G.)
	(SEBAOUN (J.)
	(BOURGUIGNON (A.)
	(FOURNIER (E.)
Médecine légale.....	(GUENIOT (M.)
	(HADENGUE (A.)
	(ALBAHARY (C.)
Médecine du travail.....	(PERTUISET (B.)
Neuro -chirurgie.....	(CAMBIER (J.)
	(CATHALA (H.)
	(ESCOUROLLE (R.)
	(GAUTIER (J.-Cl.)
Neuro-Psychiatrie.....	(LAPRESLE (J.)
	(LEREBoullet (J.)
	(PICHOT (P.)
	(TARDIEU (G.)
	(GRANJON (A.)
	(HERVET (E.)
	(LE LORIER (G.)
	(LEVY (J.)
	(LEWIN (D.)
Obstétrique.....	(MUSSET (R.)
	(ROBEY (M.)
	(SENEZE (J.)
	(SUREAU (C.)
	(TCHOBROUTSKY (Mme C.)
	(THOYER-ROZAT (J.)

mm.

Ophthalmologie.....

(AUVERT (Mme B.)
(BREGEAT (P.)
(DUBOIS (A.)
(FONTAINE (Mme M.)
(SARAUX (H.)

Orthopédie

(DUPARC (J.)
(MAURER (P.)
(MEARY (R.)
(POSTEL (M.)
(RAMADIER (J.)

Oto-Rhino-Laryngologie

(DEBAIN (J.)
(PIALOUX (P.)
(SERGENT (H.)

Parasitologie

(GOLVAN (Y.)
(HO THI SANG (Mlle)
(LAPIERRE (J.)

(BARCAT (J.)
(BINET (J.-P.)
(BLONDEAU (Ph.)
(CERBONNET (G.)
(CHATELIN (C.-L.)
(DAUTRY (P.)
(DEMIRLEAU
(DUBOST (Cl.)
(FAUREL (J.)
(FLABEAU (F.)

Pathologie chirurgicale.....

(GALEY (J.-J.)
(GARBAY (M.)
(GARNIER (H.)
(GAUDART d'ALLAINES
((Cl. de)
(GERMAIN (A.)
(LATASTE (J.)
(LOYGUE (J.)
(MAILLARD (J.-N.)
(MERCADIER (M.)
(NATALI (J.)
(PELLERIN (D.)
(PERROTIN (J.)
(PREMONT (M.)
(ROBERT (H.)
(THOMERET (G.)
(VAYSSE (J.)

mm.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	(BERTHAUX (P.)
	(COTTENOT (Fr.)
Pathologie expérimentale	(LOEPER (J.), Pr.s.ch.
	(MAURICE (J.)
	(MIKOL (Cl.)
	(PAUPE (J.-R.)
	(ACAR (J.)
	(AUQUIER (L.)
	(AUSSANNAIRE (M.)
	(BEAUMONT (J.-L.)
	(BERNIER (J.-J.)
	(BOUVIER (J.)
	(BOUVRAIN (Y.)
	(BRISSAUD (H.)
	(BROCARD (H.)
	(BUGE (A.)
	(CANIVET (J.)
	(CARLOTTI (J.)
	(CATINAT (J.)
	(CHRETIEN (J.)
	(CLOAREC (M.)
Pathologie médicale	(COBLENTZ (B.)
	(CONTAMIN (F.)
	(COURY (C.)
	(DEBRAY (J.)
	(ETIENNE (J.-P.)
	(FREZAL (J.)
	(FRITEL (D.)
	(FUNCK-BRENTANO (J.-L.)
	(GRIVAUX (M.)
	(HAZARD (J.)
	(HENNEQUET (A.)
	(HIMBERT (J.)
	(HOUSSET (E.)
	(LAGRUE (G.)
	(LESOBRE (R.)
	(LEVEQUE (B.)
	(MACREZ (C.)
	(MOREAU (L.)
	(NENNA (A.)
	(NICK (J.)
	(POULET (J.)

mm.

Pathologie médicale	(ROYER (P.) (TCHERDAKOFF (Ph.) (THIBAUT (Ph.) (TOURNEUR (R.) (VILLIAUMEY (J.) (WOLFROMM (R.) (ALAGILLE (D.) (ALISON (J.) (CANLORBE (P.) (GORIN (R.) (LAFOURCADE (J.) (LEPERCQ (G.) (LESTRADET (H.) (MALLET (R.) (MANDE (R.) (MINKOWSKY (A.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (REY (J.) (RIBIERRE (M.) (ROSSIER (A.) (VIALATTE (J.) (BOISSIER (J.) (LECHAT (P.) (BARRES (G.) (DURAND (J.) (GIRARD (Fr.), M. Conf. (HUGELIN (A.) (LAURENT (D.) (SCHERRER (J.), Pr.s.ch. (VASSEUR (B.) (CHANTEUR (J.) (COURSAGET (J.) (GRENY (F.), M. Conf. (MILHAUD (G.) (PAGES (J.-Cl.) (PELLERIN (P.) (ROUCAYROL (J.-C.), Pr.s.ch. (TUBIANA (M.), M. Conf. (DECROIX (G.) (ISRAEL (L.) (MEYER (A.) (RENAULT (P.) (SORS (Ch.)
Pédiatrie-Puériculture..	
Pharmacologie	
Physiologie	
Physique médicale	
Pneumo-phthisiologie	

MM.

Psychiatrie infantile	(DENIKER (P.) (DUCHE (D.) (FLAVIGNY (H.) (DUBOST (J.)
Radiologie médicale	(LEFEBVRE (J.) (MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.) (CAUHEPE (J.) (CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.), M.C. Agr.
Stomatologie	(CREPY (Cl.) (FLEURY (R.) (GRELLET (M.) (CHASSAGNE (P.)
Thérapeutique	(FOUET (P.) (LABET (R.) (MARCHE (J.) (AUVERT (J.)
Urologie	(MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.

Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.) (RAMBERT (P.)
Clinique médicale	(THIEFFRY (S.) (GRASSET (J.)
Clinique obstétricale	(MAYER (M.) (MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie..... HAUDUROY (P.), Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale..... RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE
ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J.)
Conseiller administratif..... Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine..... M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs..... Mlles DUMAITRE (P.),
LE NOIR (G.)
QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires..... Mmes CONTET (J.)
FORGET (F.)
Mlle LAURENT (H.)
Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRE, SOEURS ET NEVEUX

A TOUTE MA FAMILLE

Avec ma profonde affection.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Julien MARIE

Professeur de Clinique médicale
et de Pédiatrie sociale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur de présider cette
thèse,

Hommages respectueux.

A NOS MAÎTRES D'EXTERIAT

Qui nous ont fait profiter
de leur enseignement.

Avec notre profonde grati-
tude.

A PROPOS DE L'EXISTENCE

D'UN APPENDICE CAUDAL CHEZ UN NOUVEAU-NE[,]

*

* *

INTRODUCTION

A notre époque où bon nombre d'auteurs ont mis l'accent sur les vices de la nature, qu'il s'agisse d'erreurs du métabolisme, d'anomalies de la génétique, de l'influence de certains facteurs physiques ou chimiques bien définis sur la tératogenèse, en cette époque où la grande presse a sensibilisé l'opinion par la publication de cas de malformations congénitales, parfois de pronostic vital, il nous a paru intéressant de publier une observation, non pas de monstruosité ou de malformation, mais d'anomalie anatomique congénitale, qui, pour ne pas être exceptionnelle, n'en est pas moins peu courante : l'existence d'une excroissance lombaire basse, simulant en tous points une "queue", chez un nouveau-né, par ailleurs normalement constitué.

Nous nous proposons, dans ce travail :

- d'exposer, dans une première partie, les faits cliniques ;
 - d'analyser, dans un deuxième temps, ce que la littérature nous offre comme cas semblables ;
 - de tenter enfin, après un bref rappel de l'embryologie normale, de commenter les problèmes posés par les appendices caudaux en général et notre observation en particulier.
-

P R E M I E R E P A R T I E

OBSERVATION PERSONNELLE

Le 20 Janvier 1964, naissait, dans une clinique parisienne, à terme, après un accouchement normal, un enfant de sexe masculin, François N...

C'est un bel enfant, pesant 7 livres, qui a cinq doigts comme tout le monde à chaque main et à chaque pied, un anus perforé, des organes génitaux externes normaux, et que l'on s'apprête à considérer comme réglementairement constitué, lorsque l'on constate, dans la région lombaire, l'existence d'une excroissance allongée, qui ne peut mériter que le terme de "queue".

Le cas est signalé à l'un de nous qui voit l'enfant pour la première fois au premier jour de sa vie.

Il existe, en effet, dans la région lombaire basse, sur la ligne médiane, une "tumeur" en forme de cône allongé, régulièrement symétrique, dont la base est implantée en regard de L5-S1. Cet appendice mesure 40 mm. de long, 15 mm. environ dans son plus grand diamètre ; sa consistance est ferme et il paraît être immobile spontanément, mais parfaitement sensible à la piqure et à la pression douloureuse.

L'examen clinique de l'enfant est, par ailleurs, strictement négatif, tant sur le plan viscéral : le bébé s'alimente convenablement, prend du poids régu-

lièrement, ne présente aucune gêne respiratoire, est normalement coloré : ce qui laisse supposer qu'il n'existe pas de malformation d'organe, que, sur le plan neurologique, le comportement moteur ainsi que la sensibilité objective des membres inférieurs sont strictement normaux.

Le diagnostic envisagé, en premier lieu, devant cette "excroissance" lombaire, fut celui de "spina bifida", d'autant que nous avions l'impression qu'il existait, à la base du pédicule, un "oedème de type inflammatoire". En fait, il n'en était rien.

Des radiographies face et profil de la colonne dorso-lombo-sacrée sont pratiquées qui infirment le diagnostic de spina bifida : les vertèbres sont, à ce niveau, normalement constituées, avec fermeture complète de l'arc postérieur.

Malheureusement, lors de la radiographie de profil, l'appendice ne fut pas soulevé, d'où il en résulte qu'on le devine seulement en surimpression, sur le plan cutané lombo-sacré sous-jacent.



Il nous est cependant possible d'affirmer que cette excroissance présente une symétrie axiale. Elle était dépourvue de tout squelette osseux et totalement indépendante de la colonne vertébrale.

Les vertèbres sacrées et coccygiennes sous-jacentes sont par ailleurs normales en forme et en nombre.

Le diagnostic d'appendice caudal, anomalie congénitale, commençait à s'imposer à nous. Cependant, vu notre méconnaissance d'une telle anomalie, l'exérèse chirurgicale précoce est décidée devant la suspicion d'un spina occulta qui nous semblait encore possible.

L'intervention est pratiquée le 7 Février 1964; l'enfant est alors âgé de 18 jours.

Compte rendu opératoire :

"Ablation d'une petite excroissance lombaire médiane qui aboutit en profondeur à un pédicule vasculo-nerveux, filant entre deux lames vertébrales (le diamètre du tronc nerveux étant de 2 mm. environ). Ligature et section du pédicule au ras des lames vertébrales."

La conclusion des chirurgiens est qu'il s'agit en fait d'un spina. Nous verrons, plus loin, les commentaires que soulève, sur le plan embryologique, cette conclusion.

Sur le plan histologique, les différentes coupes examinées montrent que cet appendice caudal est constitué par un axe cellulo-adipeux avec quelques trousseaux conjonctifs. Il est revêtu d'un épiderme kératinisé tout à fait normal avec ses poils munis de leurs muscles arrecteurs, muni de ses glandes sébacées et de ses glandes sudoripares. A la base d'implantation de cet appendice, il existe un gros pédicule nerveux avec quelques petits trousseaux de fibres musculaires striées et de nombreux corpuscules tactiles.

L'interrogatoire de la mère, femme robuste

d'une trentaine d'années, nous révéla qu'il s'agissait de son troisième enfant, les deux premiers étant normalement constitués et en pleine santé. Sa grossesse s'était déroulée sans heurts et, n'ayant jamais été malade, elle n'avait subi aucun traitement chimique ou physique qui aurait été susceptible d'expliquer cette anomalie.

Il ne semble pas avoir existé chez les ascendants, tant du côté maternel que paternel, de cas semblables ou même d'autres anomalies : "Nous sommes une famille normale, Docteur ; je ne comprends pas..!"

Au total, cette observation pose trois ordres de problèmes :

- avant tout, évidemment, l'existence même de cette queue ;

- son siège ;

- son innervation.

Nous essaierons d'y répondre, après avoir fait un tour d'horizon des cas semblables publiés dans la littérature.

DEUXIÈME PARTIE

Il y a très longtemps que les "hommes à queue" sont connus. De l'Antiquité, persistent des fresques représentant des êtres humains pourvus de cet appendice. Cependant, devant les phantasmes rattachés à cet ornement : aspect des satyres et plus tard du diable, les premiers ayant peut-être été inspirés par les touffes de poils des spina, il nous est difficile de séparer la réalité de l'imagination.

Pendant une longue période, on en parla peu. La naissance d'un tel enfant dans une famille était une véritable catastrophe.

Certains auteurs signalent la gêne éprouvée par les parents de ces enfants lorsqu'ils découvrent cette anomalie. Il s'agit d'une réaction qui semble différente de celle éprouvée devant d'autres malformations apportant préjudice esthétique ou fonctionnel. Les parents demanderaient au chirurgien le secret de l'exérèse. Dans une perspective psychanalytique, on peut penser que le porteur d'un semblable "appendice" est associé inconsciemment aux personnages mythologiques : satyres, à la fois hommes et bêtes, et au sentiment de honte philogénétique, ou la possibilité d'accouplement de l'homme avec l'animal, comme on l'avait supposé dans l'ancien temps.

Diverses interprétations ont été données dans le passé. C'est ainsi que Lycetus signale, parmi les causes de malformations, et en particulier la naissance d'hommes à queue, qu'il s'agit des résultats d'accouplement entre l'homme et l'animal. D'au-

tres versions ont été données et on se rappelle que Saint-Augustin, portant l'Evangile en Angleterre, avait demandé à Dieu que les Anglais naissent avec une queue, à la suite des plaisanteries que lui et ses collaborateurs avaient subies.

De telles considérations expliquent, en partie, que les premières relations, plus ou moins dignes de foi, sur ces hommes à queue, furent le fait des grands voyageurs et des missionnaires dans des pays dont les croyances étaient différentes des nôtres : Inde, Océanie, Indoustan, et qui n'avaient pas encore été touchés par notre civilisation.

PIRES DE LIMA cite des cas d'appendices caudaux observés au Bengale par des missionnaires chez des enfants de Tranquebar, au nord de Negapatam, dans la République de Madastra.

En Carviçais, le Révérend Abade TAVARES rapporte le cas "d'un jeune homme de 22 ans, Antonio J.M., qui possédait un appendice caudal dépourvu de squelette de 3 cm. de long et de 2 cm. de diamètre".

Il faut attendre la fin du siècle dernier pour trouver la première publication à caractère scientifique.

BARTELS, en 1884, collige 126 cas d'êtres humains à queue dont 52 de sexe masculin, 16 de sexe féminin, 58 de sexe non défini. Ces appendices caudaux étant soit isolés, soit associés à d'autres anomalies.

Cet auteur propose même une classification des appendices caudaux en cinq catégories.

1/- La "vraie queue animale" (Echter Tierschwanz) ou queue complète de Virchow, caractérisée par la présence de vertèbres bien individualisées et en nombre accru. Cette forme est très rare ; trois cas

seulement auraient été décrits, selon GATES.

2/- La "queue tronquée" avec un squelette vertébral.

3/- La "queue sessile" (Angewachsener Schwanz) qui serait adhérente par sa face inférieure au plan cutané sous-jacent. Cette forme prête à discussion, car, comme le disent S. BATTAGLIA et B. PARISIO, elle est en contradiction avec la définition même de la queue "appendice libre dans toute sa circonférence".

4/- La queue longue et effilée, dite "queue de cochon", dépourvue de squelette osseux.

5/- La "queue tronquée" (Stummelschwanz) sans contenu osseux, courte, de forme conique.

Pour BARTELS et VIRCHOW, ces diverses catégories de queue devraient être en continuité avec le coccyx et représenter le prolongement de l'axe longitudinal du corps.

SCHAEFFER, en 1892, publia 25 cas, mais il s'agissait d'une collection d'anomalies très hétérogènes.

Dans les travaux de Robert KOCH, se trouvent deux photographies prises en Inde en 1871, d'êtres humains avec des queues aussi longues qu'un pied humain et apparemment dépourvues de squelette.

LISSNER rapporte le cas, très rare, d'une fillette née de parents normaux, avec une véritable queue de 12,5 cm. de long, en continuation avec la colonne vertébrale. Les parents refusèrent l'exérèse et, à 13 ans $\frac{1}{2}$, elle cessa d'aller à l'école du fait des difficultés qu'elle avait à s'asseoir sur sa queue et parce qu'elle était tournée en ridicule par ses camarades. Il n'est pas évident que, dans ce cas, il y ait eu des vertèbres surnuméraires à celles du coccyx (GATES).

HARRISON, en 1901, cite l'observation d'un enfant avec une petite queue de 4 cm. de long à la naissance, qui atteignit une longueur de 7 cm. avant d'être enlevée à l'âge de 6 mois. Elle ressemblait à une "queue de cochon" et aurait été en partie rétractile. A cet appendice caudal s'associait un cas partiel de brachydactylie du pied gauche.

KEITH, en 1921, publie le cas d'une fillette née avec une queue qui lui fut enlevée à l'âge de 3 mois. L'organe mesurait 10,5 cm. de long et 11 mm. de diamètre à la base.

Plus près de nous, en 1955, Martinho Da ROCHA J. et ORLANDI O.V. citent le cas d'une queue embryonnaire ayant persisté chez un nouveau-né. JORNS G. (1955) a cité celui d'un appendice caudal greffé sur l'apophyse épineuse de la 5^{me} vertèbre lombaire.

PALTCHEVSKY E.I. et RODJESTVENSKY L.M. (1956) citent l'observation d'une fillette de 6 ans, chez qui, à une formation lipomateuse en forme de queue, s'associait un spina bifida au niveau de L3-L5.

Enfin, en 1958, BATTAGLIA S. et PARISIO B. publient le cas d'un garçon de 3 mois, pourvu d'une queue mesurant 45 mm. de long et dépourvu de structure osseuse. Il présentait, par ailleurs, une micromélie brachiale gauche.

o
o o

Quelles conclusions générales tirer de ces publications ?

1/- Fréquence : Il semble que l'on puisse dire que le nombre des observations publiées n'est pas absolument parallèle au nombre de cas réels, étant donné la réticence des familles. Nous en avons relevé 160 cas.

2/- Les dimensions sont très variables : la longueur allant de quelques millimètres à des dizaines de centimètres (comme dans les cas de Robert KOCH), le diamètre de quelques millimètres à un ou deux centimètres. Elles peuvent s'accroître avec l'âge et être en partie rétractiles pour certaines.

3/- Il semble que les cas prédominent dans le sexe masculin.

4/- Histologiquement :

- Rares sont les cas où existe un axe osseux, qu'il s'agisse de vertèbres vraies (cas de LISSNER) ou de formations osseuses sans différenciation vertébrale vraie, parmi lesquelles nous citerons les cas de HENNIG et RAUBER.

- Les appendices caudaux, formés essentiellement d'un axe de tissu adipeux et de vaisseaux entourés d'un revêtement cutané normal, sont de loin les plus fréquents.

5/- Enfin, ces queues sont en général isolées ; quelques cas ont été signalés où elles étaient associées à d'autres malformations. Nous en avons relevé :

- 3 cas chez BARTELS : association respectivement à une asymétrie du pénis, une étroitesse anormale de l'anus , fistule de la vessie et des organes génitaux externes.

- 1 cas chez HARRISON : association à brachydactylie partielle.

- 1 cas chez SCHAEFFER : appendice caudal et anencéphalie.

- 1 cas chez BATTAGLIA S. et PARISIO B. : appendice caudal et micromélie.

Les rapports existant entre l'appendice caudal et les malformations associées nous semblent inconnus, si tant est qu'ils existent.

Sur le plan de l'hérédité :

- Des cas familiaux auraient été rencontrés.
TOURAINÉ cite les observations de COCKAINE : appendice caudal chez le père et trois de ses fils.
ELISEF : grand'mère et petite-fille munies toutes deux de cet appendice.

- Il est à rappeler qu'à l'opposé l'absence de queue peut être génétique chez certaines espèces.

TROISIÈME PARTIE

Ces diverses observations, comme la nôtre, posent avant tout le problème de la genèse même de cet appendice caudal anormal. Il nous faut donc faire un bref rappel de l'embryologie humaine normale.

Après être passé par les stades de segmentation, d'embryon didermique, de gastrulation, l'embryon humain va enfin se trouver formé des trois ébauches fondamentales ou feuilletts dont vont dériver les différents systèmes de l'organisme. De la superficie à la profondeur : l'ectoblaste, le chordo-mésoblaste et l'entoblaste.

- De l'ectoblaste, vont dériver le système nerveux et l'épiblaste.
- Du chordo-mésoblaste, la chorde et le mésoblaste avec ses dérivés (somites, néphrotomes, etc.).
- De l'entoblaste : le tube digestif.

Cet embryon tridermique, d'abord planiforme, va subir des mouvements d'inflexion et de bascule qui amènent le bourgeon caudal au-dessus et en arrière de la membrane cloacale. Ce bourgeon caudal va, par son activité formatrice, permettre le développement, en arrière et au-dessus de la région cloacale, d'un appendice caudal.

Cet appendice comprend les dérivés des trois feuilletts : un revêtement ectoblastique et une portion du névraxe, un axe chordal et des somites, enfin des traces temporaires de l'entoblaste ou intestin

post-anal.

Cet appendice caudal existe, normalement, chez tout embryon humain. Il se forme vers la troisième semaine de la vie foetale, atteint son maximum de développement vers la 5^{me} semaine et entrerait en involution vers la 7^{me} semaine de la vie embryonnaire.

Mais pourquoi disparaît-il dans la majorité des cas et persiste-t-il dans d'autres ? Nous n'en sommes réduits qu'à des hypothèses. Comme le dit GATES, "une queue bien développée est encore représentée dans "le germplasma" humain ; mais, dans un premier temps, l'arrêt de sa croissance, dans un deuxième temps, l'activité des autres gènes dans le développement, expliquent qu'elle soit complètement résorbée avant la naissance."

Il suffirait qu'une faille se produise dans ce mécanisme pour que la résorption ne se fasse plus.

Des réflexions analogues peuvent être formulées à propos du cas des singes. Ainsi, la plupart des singes inférieurs, les babouins, ont gardé de longues queues ; par contre, le singe dit "Barbary ape" a seulement une petite ébauche de queue, probablement un filament caudal.

Chez les singes anthropoïdes : chimpanzés adultes, orangs-outans, qui sont normalement dépourvus de queue, des cas où persistait le filament caudal ont pu être observés (SCHULTZ, 1925).

Ce n'est pas par une sélection naturelle, mais seulement par une série de mutations que l'on pourrait expliquer la disparition de la queue chez les anthropoïdes. Des phénomènes analogues ont pu se produire chez l'homme (FISCHER, 1933).

S'agit-il d'anomalies intrinsèques du patrimoine

ne chromosomique ? Il nous est difficile de conclure. Cependant, quelques cas génétiques ont été observés chez l'homme et l'on sait, par ailleurs, que l'absence de queue peut être génétique chez diverses espèces animales, mais aussi produite par des facteurs expérimentaux perturbant l'embryogenèse : tels les travaux de LANDAUER chez les oiseaux; l'injection d'insuline ou d'autres substances chimiques dans les oeufs entraîne la disparition du croupion. Des faits analogues ont été observés par les rayons X chez les mammifères.

Dans les cas où l'appendice caudal persiste, quelle en est la constitution ?

Nous avons vu que l'appendice caudal embryonnaire était formé des dérivés des trois feuilletts.

Dans la grande majorité des cas, les traces entoblastiques régressent, le développement de la chorde s'arrête. Il n'y a plus de parallélisme de prolifération entre épiblaste et mésoblaste : le système se rompant en faveur de l'épiblaste qui continue à se développer pour son propre compte. C'est ce qui explique la plus grande proportion des cas d'appendices caudaux persistants, constitués uniquement de tégument et de tissu adipeux. Des faits analogues existent, par exemple, pour les doigts surnuméraires.

Rarement, chordo-mésoblaste et épiblaste se développent parallèlement, entraînant la formation de queue avec tissus musculaire, nerveux, et un axe osseux.

Quels sont, maintenant, les problèmes particuliers posés par notre observation ?

= Tout d'abord, le siège de la queue : lombaire bas et non pas coccygien. Elle est donc de siège ectopique; si l'on se réfère aux conclusions de BARTELS et VIRCHOW, "l'appendice caudal doit se trouver dans le prolongement de l'axe longitudinal du corps". Cette condition est nécessaire si la queue persistante possède un squelette. Il se trouve, en effet, en continuité avec la colonne vertébrale ; mais, dans notre cas, il s'agit d'un appendice caudal uniquement tégumentaire.

D'autres auteurs ont figuré des appendices caudaux sans squelette situés à des niveaux plus élevés que la région coccygienne. PIRES DE LIMA, entre autres, cite le cas d'une queue située à 5 ou 6 cm. au-dessus du coccyx.

Cette localisation ectopique peut s'expliquer par le phénomène des "croissances différentielles". Lors du développement embryonnaire, certaines régions corporelles s'accroissent plus que d'autres, et en particulier la bascule de la région cloacale est accompagnée d'un déplacement du bourgeon caudal de plus en plus haut sur la paroi dorsale postérieure.

La croissance du squelette vertébral normal, qui entraîne la remontée de la moelle, est probablement responsable des déplacements de l'appendice cutané.



I



II



III

Un cas identique d'appendice caudal de siège lombaire est signalé par TESTA.

= Autres particularités : l'innervation.

L'existence de petites formations nerveuses dans l'appendice caudal persistant chez les êtres humains ne doit pas être très fréquente. Nous n'en relevons que peu de cas dans la littérature. A fortiori, l'existence d'un véritable tronc nerveux s'insinuant entre deux lames vertébrales doit être franchement exceptionnelle. Tenter de l'expliquer, c'est soulever deux hypothèses :

- La première : celle de l'innervation primitive. Il aurait pu y avoir au départ un spina bifida qui aurait "induit" secondairement la formation de l'appendice caudal. Cette hypothèse est invraisemblable, d'autant plus que, dans notre cas, nous n'avons pas constaté de trace de spina bifida. En effet, les vertèbres étaient normalement formées et un squelette caudal n'existait pas. Il nous est également impossible de croire à l'existence d'une bifidité du système axial et, par suite, de la moelle. Chez l'animal, le dédoublement de la queue est très rare et, d'un autre côté, l'absence de squelette ne nous permet pas de parler de "queue intégrale".

- La seconde hypothèse, la plus satisfaisante pour le Professeur GIROUD, est celle d'une innervation secondaire. L'appendice dérive du bourgeon caudal, se formant très tôt dans la vie embryonnaire, vers la troisième semaine ; il se pourrait que, secondairement, il soit habité par des vaisseaux et des nerfs formés à son contact. Ceux-ci y parviendraient par les voies les plus courtes en s'insinuant entre les deux lames vertébrales.

CONCLUSIONS

Nous rapportons, dans ce travail, l'observation d'un nouveau-né porteur d'une malformation congénitale très rare : un appendice caudal.

Nous n'avons relevé que 160 cas de cette malformation dans la littérature mondiale. Ce sont surtout les auteurs allemands et italiens qui se sont intéressés scientifiquement à cette anomalie. Ces publications sont relativement récentes ; la première observation remonte à 1884.

Auparavant, les observations ne semblent pas avoir été colligées. L'association inconsciente d'accouplement avec un animal, que suggère la présence d'une queue chez un nouveau-né, a probablement entravé tout examen scientifique, aux XVIII^e et XIX^e siècles, héritiers du Moyen Age.

Dans l'observation que nous rapportons, la conduite des parents, ne posant aucune question au médecin, voulant ignorer l'acte chirurgical, témoigne de la blessure d'amour-propre qu'ils ont ressentie lors de la naissance de l'enfant porteur de cette malformation.

Nous rappellerons brièvement l'histoire : il s'agit d'un troisième enfant d'une fratrie normale, né porteur d'un appendice caudal de 4 cm. de long, situé à 2 cm. au-dessus de la fossette coccygienne. La mère n'a, durant sa grossesse, reçu aucun médicament.

Le siège de cet appendice nous a semblé anormalement haut situé. Il ne s'agissait pas d'une queue telle que la définit le zoologiste, c'est-à-dire un prolongement de la colonne vertébrale.

Au deuxième mois de la vie intra-utérine, le fœtus est porteur d'un bourgeon caudal. Sous l'influence de facteurs de croissances différentielles, les téguments sont refoulés et basculés sur la région dorsale, tandis que croît le squelette vertébral normal. Ainsi, nous avons pu comprendre la position ectopique de cet appendice caudal.

L'histologie de cet appendice caudal a été, pour nous, sources d'interrogations auxquelles nous ne sommes pas parvenu à répondre. L'appendice est formé de tissu cutané avec ses annexes (glandes sudoripares, poils) centré sur un axe contenant du tissu graisseux.

La présence d'un pinceau de filets nerveux, en somme d'un pinceau de cylindres-axes, dont nous ignorons la place de la cellule nerveuse, est une énigme que nous n'avons pas résolue. Cependant, l'absence de motricité de l'organe, mais par contre sa sensibilité, nous permettent de croire qu'il s'agirait vraisemblablement d'un nerf purement sensitif.

La colonisation secondaire de cet appendice caudal par des éléments nerveux serait une hypothèse possible, pour le Professeur GIROUD.

Dans l'état actuel de nos connaissances embryologiques, en raison du petit nombre de cas publiés et des études histologiques succinctes auxquelles se sont livrés les auteurs, il reste une grande part d'hypothèses à cette rare malformation congénitale.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,
J. ROCHE

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,
G. CORDIER

Le Président
de la thèse,

J. MARIE

B I B L I O G R A P H I E

BARTELS (M.) - Die Geschwanzten Menschen.-
Arch. Anthrop., 15, 45, 132, 1884.

BATTAGLIA (S.) et PARISIO (B.) - Sulle apendice caudale nell'uomo.- Folia hered et pathologica
I, 1, 7, 1958.

FRAZER - Manuel d'Embryologie, 145 et 453.

GATES (R.R.) - Human genetics, 501-503.

GIORDANO (A.) - Malformazione e patologia antenatale nell'uomo.- Rec. Proge. Med., 15, 317-325, 1953.

GIROUD et LELIEVRE - Eléments d'Embryologie.

HARRISON (R.G.) - Occurrence of tails in man.- Johns. Hopkins Hosp. Bull. 12, 96-101, 1901.

HENNIG (C.) et RAUBER (A.) - 1886. (Cités par BATTAGLIA S. et PARISIO B.).

JORNS (G.) - Über die Schwanzbildung beim Menschen.-
Zbl. Allg. Path. Anat. Dtsch., 93, n° 6-7, 259-261, 1955.

KEIT (O.) - 1921. (Cité par GATES).

KOCH (R.) - (Cit   par GATES).

LISSNER - (Cit   par GATES).

MARTINHO DA ROCHA (J.) et ORLANDI (O.V.) - Persist  ncia de cauda embrion  ria em rescam nasido.-
Bol. Institut Puericulture Univ. Rio de Janeiro, 12-2, 81-95, 1955.

PALTCHEVSKY (E.I.) et ROJDESTVENSKY (L.M.) - Tumoral formations of the sacrum.- Vol. Neuroklin. Moskva, 20, 6, 48-50, 1956.

PIRES DE LIMA - V  cios de conforma   es da Sistema urogenital, page 180.

SCHAEFFER (O.) - 1892. (Cit   par BATTAGLIA S. et PARISIO B.).

TESTA (M.) - 1936. (Cit   par BATTAGLIA S. et PARISIO B.).

TOURAINE (A.) - L'h  r  dit   en M  decine. 1955.

VIRCHOW (R.) - Schwanzbildung beim Menschen.-
Berl. Klin. Wschr. 21, 745-747, 1884.
